

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

152

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 février 1907, à 1 heure
devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris

PAR

ALFRED CASALIS

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims
Ancien préparateur du Laboratoire d'Histologie
Lauréat de l'Ecole de Médecine de Reims
(Médailles d'argent, 1904 et 1905)

Né à Morija (Colonie du Cap, Afrique du Sud), le 16 octobre 1881.

DES

ÉRYTHÈMES INFECTIEUX PUERPÉRAUX

Président : M. PINARD, Professeur

Juges : { M. SEGOND, Professeur
MM. LEPAGE et P. DUVAL, Agrégés

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

TYPOGRAPHIE PHILIPPE RENOUARD

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

1907

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

No. —

152

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 février 1907, à 4 heure

devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris

PAR

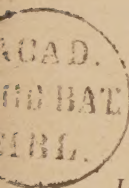
ALFRED CASALIS

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims
Ancien préparateur du Laboratoire d'Histologie
Lauréat de l'Ecole de Médecine de Reims
(Médailles d'argent, 1904 et 1905)

Né à Morija (Colonie du Cap, Afrique du Sud), le 16 octobre 1881.

DES

ÉRYTHÈMES INFECTIEUX PUERPÉRAUX



Président : M. PINARD, Professeur
Juges : { M. SEGOND, Professeur
 { MM. LEPAGE et P. DUVAL, Agrégés

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

TYPOGRAPHIE PHILIPPE RENOUARD

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	POIRIER.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	{ BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	SEGOND.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE
	ROGER.
Clinique médicale	{ HAYEM.
	{ DEBOVE.
	{ DIEULAFOY.
	{ LANDOUZY.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale.	{ LE DENTU
	{ TERRIER
	{ BERGER.
	{ RECLUS.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.	{ BUDIN.
Clinique gynécologique.	{ PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

MM.

Agrégés en exercice.

AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	P. DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, chef
BROCA (André.)	GOUGET.	MAILLARD.	des trav. anat.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Par délibération en date du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Accoucheur de la Clinique Baudelocque

Professeur de Clinique obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les érythèmes, accompagnés d'élévation thermique et de phénomènes généraux plus ou moins appréciables qui surviennent chez les nouvelles accouchées, ont été l'objet d'études et de controverses déjà nombreuses portant sur leur nature, leur symptomatologie, leur pronostic et leur pathogénie.

Considérés comme bénins ou comme graves suivant les épidémies et selon les observateurs, les érythèmes, jadis fréquents en milieu puerpéral où ils venaient singulièrement assombrir le pronostic des suites de couches, sont devenus rares dans les maternités depuis le règne de l'asepsie rigoureuse.

Les statistiques montrent que la fréquence des cas d'érythèmes puerpéraux a diminué parallèlement à la fréquence des cas d'infection puerpérale, ce qui permet de penser (sans, au premier abord, préjuger de leur nature) que ces érythèmes sont intimément liés à l'infection puerpérale dont ils dépendent dans la majeure partie des cas.

Nous nous proposons, surtout, d'étudier les érythèmes scarlatiniformes et les relations qui existent entre ces érythèmes et l'infection puerpérale, guidé dans ce sens par les travaux de nos maîtres et les recherches de nos devanciers; nous y ajouterons le modeste bagage de quelques observations recuei-

lies avec soin dans le service de M. le docteur Doléris à la bienveillance de qui nous devons de pouvoir les publier.

Nous sommes heureux de témoigner ici notre reconnaissance à nos maîtres de l'École de Médecine de Reims et, plus particulièrement, à M. le Professeur A. Pozzi qui nous a toujours considéré comme un ami et un collaborateur.

Nous n'oublions pas l'enseignement clair et pratique qui nous a été donné, dans le service de M. le professeur Guyon et à la Clinique Baudelocque.

M. le professeur Pinard nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

DES ÉRYTHÈMES

INFECTIEUX PUERPÉRAUX

HISTORIQUE

Avant de retracer brièvement l'histoire de la question nous indiquerons, en quelques lignes, les différentes étapes où s'est arrêtée l'opinion longtemps indécise, et, ce cadre une fois tracé, nous reviendrons sur certains détails rétrospectifs, risquant ainsi quelques redites pour gagner en précision.

Au xviii^e siècle, « la fièvre miliaire des accouchées » est le *caput mortuum* où rentrent toutes les éruptions qu'on peut observer chez une femme en couches.

Malfatti, à la fin du xviii^e siècle, prononce le mot de « scarlatine ».

Au xix^e siècle, l'École allemande avec Helm n'y voit qu'une manifestation de la fièvre puerpérale, sans rapport avec la scarlatine.

Cette opinion est combattue en Angleterre et en France où Guéniot décrit sous le nom de « scarlatinoïde » l'éruption scarlatinoïde et l'éruption miliaire fréquemment associées chez les nouvelles accouchées.

Aux Allemands qui disent avec Helm : « C'est la fièvre des accouchées qui donne l'éruption et cette éruption n'est pas la scarlatine », les Anglais répondent avec Braxton Hicks : « C'est l'éruption qui donne la fièvre aux accouchées et cette éruption est la scarlatine. »

Mais avec Oeshausen en 1876, l'École Allemande abandonne les idées de Helm et se range à l'opinion qui a cours en France et en Angleterre.

Peu après, Peter émet une théorie éclectique et sépare la scarlatine vraie, évoluant chez une femme en couches, des érythèmes scarlatiniformes dépendant exclusivement de l'infection puerpérale.

C'est dans ce sens que Legendre dirige les conclusions de sa thèse en 1881.

En 1893, Bergé envisageant, dans sa thèse, la pathogénie de la scarlatine et considérant que l'agent de cette fièvre éruptive est vraisemblablement le streptocoque dans une de ses modalités virulentes, pense que la scarlatine peut pénétrer, chez la femme en couches, par deux portes: 1^o l'amygdale: voie ordinaire en dehors de la puerpéralité et 2^o l'utérus: voie ouverte à l'infection chez la nouvelle accouchée.

Il assimile ainsi la scarlatine puerpérale, ayant son point de départ dans l'utérus, à la scarlatine chirurgicale ayant son point de départ au niveau d'une plaie quelconque, conformément aux idées soutenues par Renvers en 1890.

Enfin dans ces derniers temps, la nature scarlatineuse des prétendues scarlatines puerpérales et chirurgicales fut mise en doute par la majorité des chirurgiens et des accoucheurs.

Sans nier la possibilité de l'évolution d'une scarlatine franche chez une accouchée ou chez un blessé, on est porté à considérer aujourd'hui toute éruption scarlatiniforme non médicamenteuse qui survient chez l'une ou chez l'autre, à l'occasion de l'accouchement ou à l'occasion de la plaie, comme rentrant dans la catégorie des érythèmes infectieux.

Nous venons de synthétiser l'historique de la question, nous ne pouvons nous dispenser d'en ébaucher l'analyse, analyse sommaire dont nous élaguerons tous les détails qui ne sont pas strictement indispensables.

La première description est due à Welsch (*Historia medica novum puerperarum morbum continens*. Leipzig, 20 Avril 1655). Il s'agit d'une épidémie qui sévit sur les accouchées à Leipzig. Le rapport de Welsch est absolument confus et n'a d'intérêt qu'au point de vue historique.

Jusqu'à 1740 les documents manquent à peu près complètement.

De 1740 à 1782 Hamilton, Ludwig et Brioude, dans des contrées différentes et à plusieurs années d'intervalle, rapportent des faits analogues.

Le rapport de Brioude est des plus intéressants. Il s'agit d'une épidémie qui désola le vallon de la Jordane, dans la Haute Auvergne, où il exerçait la médecine. Cette épidémie qui sévissait exclusivement sur les nouvelles accouchées, fut si meurtrière que les femmes tremblaient à l'idée d'être enceintes et que les filles n'osaient plus se marier. Enfin les épidémies de Frankfort, de Paris, de Berne, de Nice, d'Augsbourg sont, comme les précédentes, attribuées à « la fièvre miliaire ».

La confusion la plus grande règne, sur ce sujet, jusqu'en 1799.

En 1799, avec Malfatti de Vienne, la question sort de l'obscurité. Jusqu'alors la miliaire avait seule attiré l'attention. Malfatti s'arrête à l'éruption scarlatiniforme. Il croit y voir la scarlatine. Quant à l'éruption miliaire qui s'y superpose si fréquemment et qui constituait toute la maladie pour ses prédécesseurs, elle est presque négligée dans sa description.

Cette description concerne une épidémie qui fit de nombreuses victimes parmi les nouvelles accouchées de la Maternité de Vienne. La maladie débutait, du deuxième au septième jour après l'accouchement, par un ou plusieurs frissons suivis d'élévation thermique; il y avait en même temps malaise et courbature, nausées et vomissements, le mal de gorge était habituellement insignifiant ou faisait totalement défaut. Du troisième au quatrième jour de la maladie, apparaissait l'éruption scarlatiniforme qui commençait

tantôt par le cou et la face, tantôt par le ventre et les cuisses, et ne tardait pas à se généraliser.

Au bout de 3 ou 4 jours l'éruption devenait livide, les malades étaient prises de diarrhée, se refroidissaient, puis mouraient dans le collapsus. Malfatti déclare qu'à l'autopsie on trouvait parfois des collections séreuses et des altérations péritonéales.

« Le col de l'utérus présentait, ajoute-t-il, quelques petites déchirures avec de légères traces d'inflammation, parfois même du pus, des bords grisâtres et de l'odeur. Idem sur le vagin et la vulve. »

Malfatti insiste sur ce fait que, dans ces « scarlatines », l'angine est insignifiante ou absente.

Dans sa thèse en 1825, Lerm de Genève rapporte l'observation d'une épidémie à laquelle il assista étant interne à la Maternité de Paris. Il pose en principe l'immunité des femmes enceintes et l'extraordinaire réceptivité des femmes en couches. Il insiste particulièrement sur l'heureuse influence qu'il attribue à la saignée en pareille occurrence.

La même année, dans les archives de Médecine, Dance fait un article dans le même sens et prouve, à son tour, la valeur thérapeutique de la saignée. Enfin Trousseau, remarquant la coïncidence habituelle de la scarlatine puerpérale avec les épidémies de fièvre puerpérale et avec les cas d'érysipèle chez les nouveaux-nés, eut l'intuition du lien qui existe entre la fièvre puerpérale et l'érysipèle des nouveaux-nés, mais ne l'étendit pas à la prétendue scarlatine des femmes en couches.

Témoin en 1828 de la terrible épidémie qui sévissait à Blois, Trousseau s'exprime ainsi : « Les femmes grosses restaient en général à l'abri de l'influence épidémique, mais, 36 à 48 heures après leur délivrance, l'éruption scarlatineuse se manifestait, et les malades étaient enlevées en quelques jours. »

Avec Helm de Zurich en 1840, la question fait un grand pas. Dans un article paru dans l'*Oesterreiche Journal für practischen Aertze*, Helm conteste la nature scarlatineuse des érythèmes scar-

latiniformes observés chez les femmes en couches; il s'appuie sur l'inconstance et le peu d'intensité de l'angine, sur les localisations variables de l'érythème lors de son apparition, sur l'inconstance de sa généralisation, sur les caractères de la desquamation souvent furfuracée, pour nier la scarlatine. D'autre part, se basant sur le fait que ces prétendues scarlatines ne se rencontrent que dans des milieux où règne l'infection puerpérale, qu'elles frappent exclusivement les accouchées, même lorsque celles-ci sont éloignées depuis longtemps de tout foyer scarlatineux, il conclut que ces érythèmes sont liés à la fièvre puerpérale et provoqués par elle.

Winkel, Schroeder, Kimisch et avec eux toute l'École Allemande, partagent et soutiennent l'opinion de Helm.

Schroeder s'exprime de la façon suivante : « Une confusion existe très fréquemment entre la scarlatine vraie et les exanthèmes scarlatiniformes qui se rencontrent souvent dans la fièvre puerpérale. Si peu contestable que soit, à l'occasion, la possibilité que des accouchées puissent être infectées par une contagion réelle et devenir malades d'une scarlatine vraie, les accouchées ne sont en aucune façon prédisposées à être infectées par ce virus, de sorte que la majorité des cas décrits comme étant des scarlatines puerpérales, à forme grave avec dermatite érythémateuse répandue par plaques, doivent être considérés comme des cas de fièvre puerpérale avec cette complication du côté de la peau » (Schroeder, accouchements).

Dans le volume 23 de l'hygiène en 1862, Retzius décrit un exanthème qui frappe les femmes vers le 3^e jour après l'accouchement, exanthème sans angine ni adénopathie auquel se surajoute une éruption miliaire au bout de 48 heures et dont la desquamation, survenant au bout de cinq jours en moyenne, est squameuse ou furfuracée. Selon lui, cet érythème n'est contagieux que d'une femme en couches à une autre femme en couches et n'est pas transmissible en dehors de l'état puerpéral. Il donne à cette éruption le nom de « porphyra » et la considère comme bénigne

puisque tous les cas observés par lui se sont terminés par la guérison.

La théorie de Helm, admise par Winkel, Schroeder, Kimisch, etc., fut soutenue par l'École Allemande jusqu'en 1876, mais elle rencontra une énergique opposition en France et en Angleterre.

En 1862, Guéniot, alors interne à la Maternité, ayant assisté à une épidémie de fièvre puerpérale qui s'accompagna de nombreux cas d'érythèmes scarlatiniformes, crée, dans sa thèse inaugurale, la scarlatinoïde qui, selon lui, se sépare de la scarlatine vraie par les points suivants :

1^o Phénomènes d'invasion ordinairement légers;

2^o Eruption affectant indifféremment les régions où la peau est épaisse : face interne des cuisses comme leur face externe :

3^o Eruption respectant généralement le visage et les extrémités des membres ;

4^o Jamais de tumefaction de ces parties ;

5^o Chaleur modérée de la peau et sécheresse nulle ou ordinairement peu intense :

6^o Pouls à peine accéléré ;

7^o Angine sans tumefaction des amygdales et du voile du palais ; jamais d'exsudation caséiforme ;

8^o Pas de douleur ni de tumefaction ganglionnaire ;

9^o Pas de rougeur ni de desquamation notable de la langue ;

10^o Desquamation de l'épiderme moins fréquemment observée que dans la scarlatine ;

11^o Pronostic généralement bénin. Dans le seul cas mortel que Guéniot observa, il y avait péritonite ;

12^o Complications rares ;

13^o Pas d'accidents de la période de décroissance ;

14^o Contage pas démontré.

Guéniot insiste surtout sur la bénignité de l'angine et, à ce propos, il s'exprime ainsi :

« Sans être très régulière dans son apparition, on peut dire :

qu'elle précède presque constamment l'exanthème cutané, n'atteint ni l'amygdale, ni le pharynx, se bornant au voile du palais, à ses piliers, à la luette; l'absence de tuméfaction des amygdales, l'absence de sécrétion caséiforme, l'indolence des ganglions sous-maxillaires et la coexistence d'une coloration normale ou pâle de la langue sont des circonstances qui éloignent cette sorte d'angine à caractères bénins de l'angine scarlatineuse parfois si intense et si grave. »

Guéniot considère la diarrhée comme d'un mauvais pronostic.

En 1862 également, Brown signale 9 cas de scarlatine puerpérale survenus en dehors de toute épidémie de fièvre puerpérale. Ces cas qui s'accompagnaient d'angine très intense, semblent devoir être rapportés à la fièvre scarlatine authentique.

La même année, Denham établit une relation intime entre la scarlatine puerpérale, la fièvre puerpérale et l'érysipèle, dans le rapport qu'il présente à la Société obstétricale de Dublin. Ce rapport vise une épidémie de scarlatine puerpérale survenue au cours d'une épidémie de fièvre puerpérale à Dublin. En 10 jours, sur 34 accouchées, 16 sont atteintes de fièvre puerpérale et 4 cas de scarlatine sont observés qui se terminent tous les quatre par la mort.

Dans une autre statistique, on note 60 cas de fièvre puerpérale et 8 cas de scarlatine pour 150 accouchements. L'année suivante en 1863, Halahan, dans une communication faite également à la Société obstétricale de Dublin, apporte ses statistiques : on y relève sur 25 cas de scarlatine puerpérale 19 cas de mort et 6 seulement de guérison.

Il considère ces éruptions comme d'un très mauvais pronostic et déclare qu'elles sont le plus souvent accompagnées de péritonite.

Nous sommes loin de l'optimisme de Guéniot. En 1866, dans un article qui fit sensation, Mac Clintock déclare une proportion de 66 cas mortels aux 100 cas de scarlatine puerpérale. Il observe que

la mortalité dans la scarlatine puerpérale est aussi élevée que dans la fièvre puerpérale. A l'autopsie la péritonite est fréquente.

L'année suivante, en 1887, Hervieux observa l'épidémie qui sévissait alors à la Maternité de Paris ; il insiste sur ce fait que l'épidémie en question sévissait exclusivement à la Maternité et nulle part ailleurs.

En 1870, Besnier signale l'apparition de la scarlatine puerpérale dans plusieurs hopitaux. Il considère que cette éruption est loin d'être bénigne comme d'aucuns le supposent et que son pronostic est souvent des plus sérieux.

A la même époque, Lorrain observe 3 cas à Saint-Antoine ; dans les 3 cas, l'angine fait défaut et l'éruption est légère.

De 1870 à 1877 la question occupe surtout les Anglais et les Allemands.

En 1875, elle est mise à l'ordre du jour à la Société obstétricale de Londres et devient l'objet d'une vive discussion. On apprécie particulièrement le rapport de Braxton Hicks qui, sur 89 cas de fièvre puerpérale observés par lui, signale 37 cas de scarlatine.

Il note que les femmes sont toujours prises du 3^e au 5^e jour qui suit l'accouchement, et que le mal de gorge est toujours insignifiant. Dans les cas mortels, il observe la métrite, la périmétrite, la péritonite et la « pyémie » à l'autopsie.

Néanmoins, Braxton Hicks veut voir la scarlatine dans cet érythème qui frappe les nouvelles accouchées en milieu infecté par la fièvre puerpérale.

Dans 37 cas qu'il a observés, il n'hésite pas à attribuer la fièvre qu'ont présentée ses malades à l'éruption scarlatineuse. Pour lui, ce n'est pas la fièvre puerpérale qui donne l'éruption comme les Allemands l'ont soutenu avec Helm, c'est au contraire l'éruption qui donne la fièvre et cette fièvre n'est autre que la scarlatine.

Barnes prend parti pour Braxton Hicks ; Matthews Duncan ne partage pas cette opinion et montre, avec statistiques à l'appui, que la mortalité dans la scarlatine ordinaire n'est de loin pas compa-

rable à la mortalité beaucoup plus considérable qu'on observe dans la scarlatine puerpérale.

Considérant que la scarlatine puerpérale et la scarlatine ordinaire comportent un pronostic différent, Matthews Duncan conteste l'identité de la scarlatine et des érythèmes scarlatiniformes observés chez les accouchées.

Braxton Hicks répond que, si la scarlatine puerpérale comporte un pronostic plus grave que la scarlatine ordinaire, c'est sans doute parce que l'état puerpéral aggrave la scarlatine quand elle frappe les accouchées.

L'année suivante, en 1876, Oeshausen combat en Allemagne les idées émises par Helm en 1840, et que l'École Allemande avait faites siennes.

Helm pensait que les éruptions scarlatiniformes des nouvelles accouchées sont des manifestations cutanées de la fièvre puerpérale : nous avons dit plus haut sur quelles bases il édifiait son opinion. Oeshausen rejette cette théorie ; il croit à la nature scarlatineuse de ces éruptions et considère qu'elles n'ont avec la fièvre puerpérale que des rapports de coïncidence quand on les observe au cours d'une épidémie de cette dernière. Son travail repose sur 141 observations. Il constate que les primipares sont plus atteintes que les multipares dans la proportion de 62 primipares pour 42 multipares. Pour lui, l'explication de cette prédilection réside dans ce fait que les primipares, étant habituellement plus jeunes que les multipares, sont, par là même, plus susceptibles de contracter une maladie éruptive, surtout fréquente chez les jeunes sujets. Pour Oeshausen, le pronostic de ces éruptions serait d'autant plus grave que leur début est plus rapproché de l'accouchement. C'est du moins ce qui ressort de ses statistiques.

« Début immédiatement après l'accouchement : 8 cas, mortalité = 67 %.

« Début du 1^{er} jour au 2^e de la semaine de couches : 62 cas, mortalité = 58 %.

« Début après le 3^e jour de la semaine de couches : 27 cas, mortalité = 51 %.

« Début après le 5^e jour de la semaine de couches : 22 cas, mortalité = 13 % ». »

Comme les auteurs précédents, Oeshausen considère l'apparition de la diarrhée comme d'un très mauvais pronostic.

En 1877, Colson, interne de Bucquoy, apporte à la Société clinique une observation concernant 2 cas de scarlatine puerpérale. A cette occasion, Polaillon déclare qu'il ne peut assimiler la scarlatinoïde de Guéniot aux scarlatines véritables avec angine et desquamation caractéristiques.

Dans la même séance, Peter prend la parole. Il admet qu'une accouchée, non en puissance d'infection puerpérale, peut être atteinte d'une scarlatine ordinaire, mais il refuse d'admettre qu'une accouchée en puissance d'infection puerpérale puisse être atteinte d'une scarlatine ordinaire. « Non bis in idem », dit-il ; la fièvre scarlatine et la fièvre puerpérale ne peuvent pas évoluer concurremment chez le même sujet. Selon lui, une femme en puissance d'infection puerpérale ne peut pas faire une scarlatine vraie ; les éruptions qu'elle peut présenter en pareille occurrence ne sont que des pseudo-scarlatines, des érythèmes scarlatiniformes dus à l'infection puerpérale et nullement à la scarlatine.

Peter se résume en différenciant deux modalités cliniques.

1^o Les scarlatines vraies évoluant chez les femmes en couches indemnes d'infection puerpérale : ces scarlatines évolueront comme scarlatines ordinaires ;

2^o Les scarlatines fausses ou érythèmes scarlatiniformes évoluant chez des femmes en état d'infection puerpérale sans angine ni desquamation.

La même année, paraît la thèse de Lesage basée sur des observations prises à la Maternité de l'Hôpital Cochin. Lesage soutient que la scarlatine puerpérale est toujours une vraie scarlatine ; il rapporte tous les cas d'érythème scarlatiniforme des nouvelles

accouchées à la scarlatine et nullement à l'infection puerpérale. Il admet que la femme enceinte possède une sorte d'immunité contre la scarlatine pendant toute la durée de sa grossesse et qu'au moment de l'accouchement cette immunité fait place à une extrême réceptivité.

A cette objection que, bien souvent, des accouchées, éloignées depuis longtemps de tout contagé scarlatineux, présentent, dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, les éruptions scarlatiniformes en question; Lesage répond que la scarlatine peut incuber chez la femme enceinte pendant un temps fort long. A l'appui de cette opinion il cite ce cas, emprunté à une observation de Braxton Hicks, d'une femme enceinte qui soigna un enfant scarlatineux pendant l'avant dernier mois de la grossesse, n'eut aucun contact avec lui pendant le dernier mois de la dite grossesse et présenta, 24 heures après son accouchement, une éruption scarlatini-forme rapportée à la scarlatine.

Sur 131 cas qu'il signale, 7 se produisirent pendant la grossesse, 7 immédiatement après l'accouchement au 1^{er} et au 2^e jour, 64 au 3^e et, enfin, 53 du 3^e au 8^e jour.

Les conclusions de Lesage sont les suivantes :

1^{re}) La scarlatine se montre quelquefois chez la femme à l'état puerpéral; c'est cependant une complication peu fréquente de cet état;

2^{re}) La grossesse paraît constituer une immunité contre le développement de la scarlatine; c'est de préférence après l'accouchement qu'elle apparaît;

3^{re}) La période d'incubation a une durée indéterminée, presque nulle dans certains cas, paraissant au contraire très longue dans d'autres. La période d'invasion est très courte;

4^{re}) La maladie se produit habituellement dans ses formes graves, elle est d'autant plus dangereuse qu'elle apparaît plutôt après l'accouchement;

5^{re}) La scarlatine qui se développe chez les femmes en couches

présente entre autres caractères particuliers : faible intensité de l'angine, généralisation très rapide de l'exanthème, éruption miliaire abondante ;

6°) Les complications les plus fréquentes sont : la diarrhée, phénomène toujours grave, la métrite, la phlébite, et la péritonite tardive survenant après la desquamation.

En 1879, Kaposi de Vienne insiste sur la différence qui doit être faite entre la scarlatine « *in puerpera* » et la « *scarlatina puerperalis* », la première étant une scarlatine ordinaire évoluant chez une femme en couches, la deuxième étant une éruption scarlatiniforme dérivant de la fièvre puerpérale.

La « *scarlatina puerperalis* » était considérée par Kaposi comme d'un pronostic presque fatal et s'accompagnait toujours de phénomènes septiques du côté de l'utérus. A la même époque, Hardy reconteste la scarlatinoïde de Guéniot en tant qu'entité morbide ; il proche à Guéniot d'avoir réuni, sous une étiquette unique, l'éruption miliaire et l'éruption scarlatiniforme, qu'il considère comme indépendantes l'une de l'autre.

Pour lui, la miliaire puerpérale est une complication de l'état puerpéral.

La même année, Lucas Championnière apporte plusieurs observations d'érythèmes puerpéraux qu'il eut l'occasion de suivre dans son service à Cochin et dans celui de Tarnier à la Maternité ; il insiste sur la fréquence, en pareil cas, des déterminations septiques du côté de l'utérus et des annexes. Enfin, il appelle l'attention sur le fait que ces érythèmes ne sont pas toujours scarlatiniformes mais fréquemment morbilleux, ortiés, etc.

L'année suivante, en 1880, Raymond, dans sa thèse d'agrégation, se range à l'opinion de Lesage ; il admet que la scarlatine puerpérale doit être rattachée à la scarlatine ordinaire.

Dans sa thèse (Thèse de Paris 1880) Doléris plus éclectique admet que, à côté des cas toujours possibles de scarlatine vraie évoluant chez la femme en couches, il faut faire une large place aux

érythèmes infectieux, relevant exclusivement de la fièvre puerpérale.

Il s'exprime comme il suit :

« J'ai eu l'occasion d'observer, l'année dernière, 3 cas de scarlatinoïde. L'irrégularité des phénomènes généraux et de l'éruption même ne peuvent laisser le moindre doute sur leur origine bien différente de la scarlatine vraie. Dans un cas, l'éruption réapparaît cinq fois (l'observation a été publiée dans le journal de M. Lucas Championnière) semblable à ces érysipèles à répétition ou à ces érythèmes rebelles qui disparaissent ou réapparaissent indéfiniment pour ainsi dire ; tant il est juste de croire que la cause locale persiste longtemps sous la forme atténuée qu'elle revêt. Dans les deux autres, ce furent de larges plaques d'érythème diffus, en nappes ou en réseaux, parfois avec un gonflement réel de la peau et de la douleur, sans fièvre presque. C'était bien la forme la plus bénigne.

« Les 3 femmes étaient malades ; les désordres pelviens étaient aussi nets que possible et, chez la première, il y eut une tendance assez évidente à l'alternance entre l'effort cutané et la localisation génito-péritonéale. »

A propos du diagnostic entre ces érythèmes scarlatiniformes et la scarlatine vraie, Doléris ajoute :

« La difficulté est pour les cas insidieux dans lesquels l'éruption est tellement intense et tellement généralisée que vraiment, n'étaient les irrégularités de la marche et les autres symptômes, on en ferait volontiers des scarlatines vraies ; ainsi faisant, on arriverait facilement, dès lors, à identifier la fièvre éruptive avec la fièvre puerpérale :

« Le plus souvent, en effet, les lésions locales ou générales de la septicémie coïncident avec la scarlatinoïde et, parfois même, il y a alternance de manifestations cutanées et de manifestations localisées à la région pelvienne. C'est cette difficulté qui a, surtout en Angleterre, suscité une opinion que beaucoup de gens pensent

fausse ou au moins exagérée, c'est que la fièvre puerpérale n'est qu'une forme de la scarlatine.

« Je ne m'arrêterai pas à discuter cette théorie, quoique les matériaux abondent. Je noterai, cependant, qu'elle a trouvé beaucoup de contradicteurs...

« Il me paraît indispensable d'être édifié sur la nature de la scarlatine pour juger de sa participation aux épidémies de puerpérisme infectieux »

En 1881 paraît la thèse de Legendre dont voici quelques unes des conclusions :

« La scarlatine puerpérale et les exanthèmes scarlatiniformes ne sont, sans doute, que des scarlatines méconnues, irrégulières dans leur allure :

« Les éruptions scarlatineuses, même anormales, ne doivent pas être confondues avec les éruptions septicémiques accompagnées de miliaire qui couvrent le ventre et la partie interne des cuisses, coïncidant avec l'altération et la fétidité des lochies et des accidents de la plus haute gravité.

« Ces éruptions, ordinairement d'un pronostic fatal, sont analogues à celles de la septicémie chirurgicale et de l'infection purulente. La scarlatine puerpérale se termine bien dans la majorité des cas. »

Legendre admet donc la scarlatine puerpérale en tant qu'éruption scarlatineuse autonome et, à côté d'elle, l'éruption scarlatiniforme, fonction de la fièvre puerpérale, mais il étend le domaine de la première au détriment de la seconde.

Maygrier, dans sa thèse d'agrégation en 1883, pense qu'il faudrait connaître la nature exacte de la scarlatine pour résoudre la question.

Siredey est partisan de la nature scarlatineuse de la plupart des érythèmes scarlatiniformes qui surviennent chez les nouvelles accouchées; en tout cas, il nie leur origine puerpérale.

« Si beaucoup d'auteurs ont méconnu la scarlatine vraie, dit-il,

c'est parce qu'ils ont oublié les formes frustes qu'elle revêt si souvent dans les conditions ordinaires. La maladie n'est jamais le fait des complications puerpérales. »

En 1888, Léopold Meyer rapporte l'observation d'une épidémie survenue à Copenhague et qui sévit à la fois sur les accouchées et sur les sages-femmes, celles-ci ayant été atteintes les premières et ayant contaminé celles-là.

Sur 18 accouchées qui furent atteintes d'éruption scarlatini-forme, 14 présentèrent une angine insignifiante sans exsudat, 2, une angine plus violente mais encore sans exsudat, 2 enfin avec dépôt caractéristique.

Quant à l'érythème, sur 20 cas, il fut : 3 fois léger, 3 fois moyen, 9 fois assez marqué, 3 fois très intense avec caractère hémorragique. Les complications rénales, consistant en albuminurie légère et transitoire, furent observées 9 fois. Les arthrites, 10 fois sur 20 cas; elles furent légères, cédant à l'influence du salicylate de soude; éphémères dans six cas, plus tenaces et plus graves dans les quatre autres.

Sur les 20 cas observés par Léopold Meyer, six parurent exempts de toute détermination pathologique du côté des organes génitaux. Dans les autres cas, la métrite, la périmétrite et la péri-tonite furent observées.

Dix fois des exsudats pseudo-membraneux furent notés à la vulve et au vagin. Pour Léopold Meyer « les érythèmes septicémiques, quoique ressemblant beaucoup à celui de la scarlatine, s'en distinguent par leur limitation habituelle à certaines parties du corps, à leur caractère plus diffus, moins tranché. »

Il considère le pronostic comme relativement bénin.

En 1888 également, Boxall fait une communication à la Société obstétricale de Londres au sujet de 16 cas de scarlatine puerpérale qu'il a eu l'occasion d'observer; les 16 cas se sont terminés par la guérison. L'angine a toujours été bénigne, la langue n'a jamais présenté l'aspect framboisé caractéristique de la scarlatine ordinaire.

Les sudamina et les éruptions miliaires ont été observés concurremment à l'érythème; quant aux complications utérines, Boxall a noté leur absence. Il a constaté que l'involution utérine s'est faite normalement.

La même année Mackness, dans un article « d'Obstétricales transactions d'Edimbourg », rapporte des cas de rashes scarlatini-formes survenus chez de nouvelles accouchées.

Il s'exprime ainsi :

« Dans tous ces cas, il s'est produit un rash qui n'a déterminé rien de nuisible chez nos malades et, bien que, chez plusieurs d'entre elles, les lochies aient exhalé une très mauvaise odeur, qu'il y ait eu élévation notable de température et accélération du pouls, ces accidents morbides n'en ont pas moins disparu au bout de peu de jours et cela, le plus souvent, sans thérapeutique active.

« Ces rashes semblent donc sans signification au point de vue pronostic; ils n'offrent d'importance que pour le diagnostic, parce qu'ils pourraient être confondus avec une scarlatine bénigne où l'angine et tous les autres symptômes sont frustes, sauf le rash. »

Mackness ajoute que ces rashes étaient prédominants au bas ventre.

D'autre part, étant donné que ses malades recevaient des injections vaginales de sublimé, il y a lieu de se demander si les éruptions rapportées ne sont pas dues au mercure.

En 1890 Renvers, assistant à la Clinique médicale de Berlin, dans un article du « Zeitschrift für Klinisch medecin » admet que la scarlatine peut incuber longtemps chez la femme enceinte et ne se déclarer qu'au moment de l'accouchement, mais, se rangeant à l'avis de Zulzer et assimilant la scarlatine puerpérale à la scarlatine chirurgicale, il admet, comme infiniment plus probable, l'inoculation du germe scarlatineux par les plaies existant au niveau des organes génitaux chez la femme en couches.

Cette scarlatine, ayant un point de départ dans les voies génitales, serait pour ce motif modifiée dans son évolution.

« Si l'on se range, dit-il, à l'avis de Zulzer qui soutient que la scarlatine entre toujours dans l'organisme par une évolution de continuité et est, dans la véritable acception du mot, une maladie infectieuse des plaies, on verra que les déchirures qui existent toujours du côté des organes génitaux, même dans les accouchements les plus normaux, non seulement favorisent l'entrée de la scarlatine mais encore favorisent le développement de celle-ci à cause de l'étendue des plaies.

« D'après les observations de Zulzer sur la scarlatine traumatique qui présente tant d'analogies avec la scarlatine puerpérale, il me semble que le plus souvent l'infection dans les faits qui nous occupent a eu lieu par les voies génitales.

« On peut ainsi s'expliquer facilement la faiblesse de l'angine ou même les changements morbides beaucoup plus importants qui peuvent se développer du côté de l'utérus. »

Néanmoins, Renvers ne peut se défendre de penser que, le plus souvent, il n'y a aucun rapport (sauf l'aspect semblable de l'éruption entre la scarlatine véritable et la plupart des cas d'érythème chez les femmes en couches, ces érythèmes devant être attribués à l'infection puerpérale exclusivement.

Durand, dans sa thèse (thèse de Paris 1890), reprend la question, la discute et arrive aux conclusions suivantes :

1^o On rencontre parfois, entre la scarlatine et certaines formes de la fièvre puerpérale, une grande analogie de symptômes.

2^o Dans ces cas le diagnostic rendu difficile, d'une part, par les formes frustes de la scarlatine et les infections secondaires qui peuvent la compliquer, d'autre part, par les allures changeantes et les degrés divers de la fièvre puerpérale, sera surtout éclairé par l'étiologie, l'état épidémique, la contagion et les atteintes antérieures de scarlatine.

3^o Dans les autres cas, la marche moins régulière, la durée plus longue de l'éruption, la fréquence des récidives, une desquamation moins marquée, l'absence presque constante d'angine et de com-

plications rénales permettront, le plus souvent, de conclure à une fièvre puerpérale.

4° « Le diagnostic différentiel n'offre qu'un intérêt secondaire en ce qui concerne le traitement. Dans les deux affections, même antiseptie rigoureuse des organes génitaux.

« Il n'en est pas de même pour la prophylaxie :

« S'il s'agit de scarlatine, les enfants doivent être encore plus rigoureusement isolés de la malade. »

En 1895 paraît la thèse de Bergé. Bergé admet que l'agent de scarlatine est le streptocoque dans une de ses modalités virulentes; il pose en principe que ce streptocoque a, dans les cas ordinaires, sa porte d'entrée ou son siège local au niveau de l'amygdale où, d'après lui, il élabore des toxines dont l'une des propriétés serait de provoquer l'exanthème cutané.

Lorsque le streptocoque scarlatineux envahit primitivement l'amygdale, il produirait, selon Bergé, la scarlatine franche ordinaire.

Mais l'auteur insiste sur ce fait que le streptocoque peut pénétrer par une autre voie. Conformément aux idées de Renvers citées plus haut, il admet que le streptocoque, spécifique de la scarlatine (si tant est qu'il le soit réellement dans une de ses variétés), peut trouver, au niveau d'une plaie chez le blessé ou de l'utérus traumatisé chez l'accouchée, une porte ouverte à sa pénétration, un terrain propice où il cultive et où il exhale sa virulence, où il élabore ses toxines.

D'où 3 variétés de scarlatine : la scarlatine amygdalienne, scarlatine banale dans laquelle l'amygdale est toujours prise et primitivement prise ; la scarlatine des blessés, d'origine traumatique, et scarlatine puerpérale, d'origine utéro-vaginale; celles-ci se distinguant de celle-là principalement par ce fait que (en admettant la fréquence d'un peu de rougeur bucco pharyngée et d'une dysphagie légère), l'amygdale et les ganglions sous-maxillaires sont toujours respectés contrairement à ce qui se produit dans la scarlatine ordinaire amygdalienne.

Les réactions d'ordre local et d'ordre général que l'on observe dans chacune de ces trois variétés, présenteraient des divergences, suivant le milieu où le microbe élabore ces toxines : amygdale, plaie quelconque, utérus, et ce fait expliquerait les différences que la scarlatine présente dans ses symptômes et dans ses évolutions, suivant qu'elle est médicale, chirurgicale ou puerpérale. Cela n'implique pas qu'une accouchée ou un blessé ne puissent faire une scarlatine amygdalienne ordinaire, mais il ressort clairement des idées émises par Bergé qu'ils sont doublement exposés à la scarlatine puisque chez eux, non seulement l'amygdale, mais encore l'utérus ou la plaie sont en imminence de réceptivité.

Donc pour Bergé, une éruption scarlatiniforme, survenant chez une accouchée ou chez un blessé, et qui évoluera avec amygdalite comme une scarlatine ordinaire, rentrera dans la catégorie des scarlatines amygdaliennes, tandis qu'une éruption scarlatiniforme qui évoluera chez eux sans amygdalite mais seulement avec rougeur bucco-pharyngée et qui s'accompagnera de réactions locales du côté de l'utérus ou du côté de la plaie, sera considérée comme une scarlatine puerpérale, utéro-vaginale chez la première et comme une scarlatine chirurgicale chez le second.

On pourrait objecter à Bergé qu'on observe souvent, chez les femmes en couches, des érythèmes infectieux qui ne sont nullement scarlatiniformes et qui, tant par leur aspect que par leurs phénomènes généraux et les circonstances au milieu desquelles ils évoluent, s'éloignent trop du tableau clinique de la scarlatine pour qu'on soit en droit de les y rattacher par un lien quelconque. Mais nous trouvons dans la thèse de Bergé la réponse à cette objection :

« Il suffit de prêter au streptocoque de l'infection puerpérale la propriété érythémogène et immunisante manifestée dans la scarlatine, pour rendre compte à la fois de l'existence de la scarlatine relativement fréquente chez les accouchées et des phénomènes puerpéraux dont la maladie clinique s'accompagne..... L'existence

d'érythèmes infectieux sans caractère scarlatineux, au cours de l'infection puerpérale la plus franche, est d'ailleurs bien connue et il n'est que très naturel d'y voir déjà, en quelque sorte ébauchée, l'action érythémogène du streptocoque. Loin d'isoler tous ces faits en traçant entre eux des lignes tranchées de séparation, n'est il pas plus logique de les rapprocher, et de voir, dans ces érythèmes puerpéraux irréguliers, des cas qui forment transition entre l'infection puerpérale simple sans érythème et l'infection puerpérale scarlatineuse ?

« De plus, il est avéré que certains cas de scarlatine puerpérale peuvent revêtir fréquemment une allure qui est aujourd'hui connue comme appartenant en particulier aux infections streptococciques. Tels sont, par exemple, les cas dans lesquels la scarlatine puerpérale, ayant eu une issue rapidement funeste, a entraîné des manifestations septicémiques et pyémiques. »

Et Bergé signale le cas, observé par Renvers, d'une scarlatine puerpérale qui se compliqua d'arthrite suppurée des deux genoux, dans le pus de laquelle arthrite on trouva le streptocoque. Puis il fait mention de l'opinion de Widal concernant l'érythème scarlatiniforme puerpéral que cet auteur attribue au streptocoque.

« L'érythème scarlatiniforme puerpéral, dit en effet Widal dans le traité de Médecine de Brouardel, Gilbert et Girode, est un des plus beaux exemples de ces érythèmes dûs à l'action du streptocoque, comme nous l'a démontré une observation récente. »

Enfin Bergé rapporte qu'il a trouvé constamment le streptocoque dans les lochies d'ailleurs purulentes des femmes atteintes de scarlatine puerpérale, d'origine utéro-vaginale, tandis qu'il était constamment absent dans les lochies toujours non purulentes des femmes atteintes de scarlatine amygdalienne (in puerpera). Et Bergé conclut : « Ces résultats personnels étant joints à ceux de Widal, au fait de Renvers, et aux considérations signalées plus haut, nous autorisent à penser que le streptocoque est bien l'agent de la scarlatine puerpérale vraie, utéro-vaginale, sans toutefois

que nous soyons en mesure de préciser actuellement les conditions dans lesquelles il peut acquérir le rôle scarlatinogène.

« J'ajoute, enfin, comme corollaire, que, si le streptocoque peut être considéré comme agent de la scarlatine puerpérale, il faut bien admettre, vu la nature identique des deux affections, qu'il est aussi l'agent de la scarlatine amygdalienne. »

De l'étude de la scarlatine puerpérale, Bergé déduit les conclusions suivantes ;

« 1^o La scarlatine puerpérale est bien une vraie scarlatine, ainsi que depuis bien longtemps nombre de cliniciens l'ont admis ;

« 2^o Elle comporte plusieurs variétés différentes dont deux surtout sont communes :

a) La scarlatine puerpérale amygdalienne (scarlatine ordinaire chez une accouchée).

b) La scarlatine puerpérale utéro-vaginale (scarlatine puerpérale proprement dite).

« 3^o La coexistence de ces deux formes au cours des épidémies s'explique naturellement par leur contagiosité réciproque. La scarlatine utéro-vaginale peut engendrer la scarlatine amygdalienne chez une accouchée et aussi chez une personne saine. Si les femmes enceintes sont relativement indemnes de la scarlatine puerpérale par rapport aux accouchées, c'est parce qu'elles n'offrent qu'une porte d'entrée à l'infection : les amygdales ; tandis que les accouchées en offrent deux : les amygdales et les plaies utéro-vaginales ;

« 4^o La période limitée, pendant laquelle la scarlatine peut envahir la femme accouchée, s'explique aisément avec notre pathogénie, puisque l'infection scarlatineuse s'effectue au niveau des plaies utéro-vaginales, sans doute au moment de l'accouchement ou peu après ;

« 5^o Il est naturel que cette période d'incubation soit la même que celle reconnue pour la scarlatine ordinaire. Cela résulte de l'assimilation démontrée ;

« 6° S'il n'y a pas en général d'amygdalite dans la scarlatine puerpérale, c'est parce que cette scarlatine est le plus souvent utéro-vaginale;

« 7° Il faut prévoir pourtant (je n'en ai pas vu personnellement d'exemple) qu'étant donné la prédilection de la scarlatine pour l'amygdale, il pourra se rencontrer des cas dans lesquels les amygdales seront prêtes à peu près en même temps que l'utérus ou le vagin ou peu après, et peut-être aussi des cas où, l'amygdale étant la première infectée, l'utérus et le vagin pourront être infectés secondairement à bref délai. Il importe de faire à ces cas une place dans la nosographie de la scarlatine. La désignation de scarlatine puerpérale mixte pourrait assurément leur convenir;

« 8° L'existence des complications génitales et périgénitales, dans la scarlatine puerpérale, s'explique par le siège local utéro-vaginal de l'infection, qui peut naturellement entraîner des complications locales du voisinage (péritonite, etc.) de la même façon que la scarlatine amygdalienne provoque l'otite, le bubon sous-maxillaire, etc. Le siège local différent de l'infection rend compte des complications de voisinage différent;

« 9° L'observation reconnue que la scarlatine puerpérale épargne les accouchées antérieurement atteintes de scarlatine ordinaire, s'explique naturellement, du moment qu'on assimile les deux affections;

« 10° Il n'est pas improbable qu'il faille expliquer, par le siège local différent de l'infection scarlatineuse, quelques petites anomalies variées, parfois observées dans l'éruption : miliaire exagérée, distribution un peu inégale de l'éruption, absence fréquente d'enanthème bucco-pharyngé. Les réactions particulières de deux organes, aussi différents que l'utérus et les amygdales, expliquent suffisamment, sans qu'il faille voir là l'indication d'agents pathogènes distincts, les quelques dissemblances cliniques qu'on a de temps en temps signalées entre la scarlatine puerpérale et la scarlatine ordinaire;

« 11° Le genre épidémique de la scarlatine puerpérale a paru variable, suivant les épidémies; le fait n'a rien de surprenant, il suffit de remarquer qu'il en est de même pour la scarlatine ordinaire;

« 12° On s'expliquera la rareté actuelle de la scarlatine puerpérale, depuis la pratique soigneuse de l'antisepsie chez les accouchées. Malgré ces soins minutieux, cette maladie ne saurait cependant être complètement évitée; pas plus que ne peut l'être d'ailleurs l'infection puerpérale. C'est ce que prouve l'existence de la petite épidémie que j'ai signalée;

« 13° Notre pathogénie rend compte, par l'origine streptococcique, du fait, que la scarlatine est une complication possible de l'accouchement;

« 14° Elle permet de comprendre le développement possible de cas spontanés, dont l'existence est classiquement admise pour la scarlatine puerpérale et pour la scarlatine chirurgicale;

« 15° Elle rend compte de la coexistence, également constatée par quelques auteurs, des épidémies de scarlatine ordinaire ou puerpérale avec l'infection puerpérale. »

Pour ingénieuse qu'elle est, la théorie de Bergé restera une hypothèse, tant qu'on n'aura pas irréfutablement prouvé que tel streptocoque érythmogène est bien l'agent spécifique de la scarlatine; néanmoins, cette théorie est séduisante car elle satisfait l'esprit en établissant un lien entre les opinions diverses émises jusqu'alors.

En effet, grâce à elle, les auteurs qui disaient : « C'est l'infection puerpérale qui donne l'éruption cutanée » ont raison, puisque, d'après Bergé, c'est le même streptocoque qui, dans le cas particulier, cause l'infection puerpérale par sa virulence et l'éruption par ses propriétés érythmogènes; d'autre part, ceux qui disaient : « C'est l'éruption scarlatineuse qui donne la fièvre puerpérale » n'ont pas tort, puisque, toujours d'après Bergé, c'est l'agent érythmogène, cause de l'éruption cutanée, qui, dans ce cas, provoque la

fièvre puerpérale. L'ingénieuse hypothèse de Bergé rend solidaires deux opinions, dont l'antagonisme apparent semblait irréductible à leurs promoteurs; mises en présence elles forment un contraste qui, par suite d'un malentendu, fut pris longtemps pour une contradiction. Si nous admettons les idées de Bergé, cette prétendue contradiction disparaît entre deux propositions dont l'une n'est que le corollaire de l'autre.

Guénion, dans le traité de Médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud, s'exprime comme il suit en ce qui concerne la scarlatine puerpérale : « On décrit sous le nom de scarlatine puerpérale des accidents très variables d'intensité, de gravité, de forme, qui n'ont de commun que l'éruption tantôt franchement scarlatineuse, tantôt seulement scarlatiniforme. Aussi rien n'est plus confus que son histoire. Cependant, quand on se reporte à l'ensemble des observations publiées, on voit qu'elles comprennent quatre groupes de faits auxquels correspondent autant d'opinions :

« 1^o Scarlatine vraie et normale chez une accouchée (Malfatti, Mac Klintock, Hervieux, Oeshausen, Léopold Meyer, Boxall);

« 2^o Scarlatine vraie, modifiée dans sa forme par le terrain sur lequel elle se développe, les complications qui l'accompagnent (Playfaci, Renvers, Galabin) et surtout par sa porte d'entrée génitale (Bergé);

« 3^o Infection puerpérale septicémique avec ou sans manifestations générales graves (péritonite, phlegmons, phlébite, suppurations métastatiques);

« 4^o Érythèmes médicamenteux provoqués par la belladone, le chloral, le sublimé (Guéniot, Tarnier).

« Deux faits ressortent des cas récents : « la rareté de la scarlatine puerpérale depuis quelques années, c'est-à-dire depuis la mise en pratique de l'antisepsie obstétricale et sa fréquence relative en Angleterre où la scarlatine vraie est si répandue. Ils démontrent bien la réalité de deux principales pathogénies : scarlatine vraie et septicémie.

« La scarlatine vraie peut-elle produire une véritable infection puerpérale comme l'admettent Braxton Hicks et Galabin ?

« Assurément oui, si on tient compte de la fréquence du streptocoque dans les complications de la scarlatine.

« La scarlatine vraie des accouchées, bien décrite par Oeshausen, Bourgeois, Legendre, revêt une physionomie très variable suivant les pays : grave en Allemagne (Oeshausen, Martin, Malfatti) en Angleterre (Playfaci, Galabin; seul Boxall a décrit des cas bénins) bénigne en France (Guéniot, Legendre). Elle débute dans la première semaine qui suit l'accouchement, ce que Oeshausen explique par une incubation très longue et par l'immunité (nulle ment prouvée) que donnerait l'état de gestation, ce qu'on pourrait aussi bien interpréter par l'accouchement prématuré que provoque la scarlatine (Hervieux).

« L'éruption commence par le tronc et se complète en deux ou trois jours; le plus souvent l'angine fait défaut (Hervieux, Lesage, Braxton Hicks), ce qui, d'après Bergé, montre que la porte d'entrée est aux parties génitales.

« Dans quelques cas, sa marche est normale et régulière ou atténuée; dans d'autres, elle ne présente qu'un exanthème éphémère mais très foncé (Oeshausen).

« Les symptômes prédominants sont les accidents nerveux violents (convulsions, délire), les troubles digestifs (vomissements, diarrhée).

« Dans un troisième ordre de faits, la scarlatine se complique, dès le début, d'infection secondaire et de septicémie, et, en pareil cas, il est difficile de faire la part de la septicémie puerpérale autonome. »

Par contre, Würtz dans le traité de Médecine de Brouardel, Gilbert et Girode, ne voit dans les prétendus cas de scarlatine puerpérale que des érythèmes infectieux.

« Actuellement, dit-il, quelle opinion doit-on avoir sur la scarlatine puerpérale ?

« Il est un fait important qui jette une singulière clarté sur sa véritable nature, c'est que, depuis l'application des méthodes antiseptiques en obstétrique, elle est devenue rarissime ou peut-être inconnue dans les Maternités (Varnier). Elle a disparu avec les accidents infectieux de la puerpéralité.

« Il est donc rationnel d'admettre que ces prétendues scarlatines n'étaient que des érythèmes infectieux dus aux toxines du streptocoque.

« De même que chez les blessés, il peut y avoir chez les accouchées une scarlatine vraie par simple coïncidence, mais ce sont là des cas particuliers qui n'ont rien à voir avec ce qu'on appelait improprement la scarlatine puerpérale ou la scarlatine des blessés. »

L'historique de cette question des érythèmes scarlatiniformes dans les suites des couches et l'étude des observations antérieures rapportées sur le sujet nous ont montré combien les opinions étaient dissemblables.

Cette divergence d'opinion tient évidemment à ce que les observations ont subi de grandes variations, suivant les épidémies et suivant les cas, et que ces cas ont été rapportés à des époques différentes avant et après l'antisepsie. Il nous a paru que surtout un point a été laissé dans l'ombre, ce sont les relations qui existent entre ces érythèmes infectieux scarlatiniformes et les accidents locaux et généraux de la fièvre puerpérale.

Voyons si, des quelques cas que nous avons observés, nous pouvons tirer quelque enseignement et contribuer, dans une faible mesure, à préciser les rapports entre les érythèmes scarlatiniformes et la fièvre puerpérale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M^{me} D..., âgée de 18 ans; primipare à terme, sans antécédents pathologiques; en travail depuis une heure du matin, entre à la salle de travail de la Maternité de l'hôpital Boucicaut le 2 octobre 1906 à 7 heures du matin.

Les membranes sont rompues depuis quelques instants, l'accouchement s'effectue spontanément à 2 heures 1/2 de l'après midi sans lésions vulvo-périnéales; la délivrance est complète et s'effectue normalement.

Pendant les 4 jours qui suivent l'accouchement, la femme va bien; les lochies sont normales.

Le 7 octobre, au matin, c'est-à-dire le 5^e jour après l'accouchement, la température rectale atteint 39°. 5, sans que la femme ait éprouvé d'autres malaises qu'un peu de céphalée, une sensation de chaleur pendant la nuit, sensation non précédée de frisson; la malade n'a pas de délire, mais son sommeil a été néanmoins un peu agité.

Elle accuse une très légère dysphagie; à part cela, elle ne souffre pas.

L'aspect général est assez bon, les yeux sont un peu brillants, non larmoyants; il n'y a pas de catarrhe oculo-nasal; la face n'est pas vultueuse, la langue est à peine saburrale.

Le pouls est à 110, égal, régulier, bien frappé.

Les urines ne sont pas albumineuses.

En découvrant la malade pour l'examiner on remarque, au pourtour de la vulve et sur la face interne des cuisses, un érythème constitué par de larges placards confluents qui, sur un fond rouge pâle, présentent un pointillé rouge plus vif; ces placards nettement confluents au centre de la zone envahie le sont beaucoup moins à la périphérie de cette zone.

La peau est sèche et chaude, les amygdales ne présentent rien

d'anormal, aucune rougeur, aucun exsudat; par contre le voile du palais est un peu rouge, état en rapport avec la dysphagie légère dont se plaint la malade.

Il n'existe pas d'adénopathie sous-maxillaire. L'appétit est diminué mais non supprimé.

Il n'y a ni nausées, ni vomissements. Du côté du tube digestif, à peine note-t-on l'état un peu saburral de la langue, les selles sont normales, régulières. Le ventre n'est douloureux ni spontanément, ni à la palpation.

L'involution utérine s'est faite normalement; l'examen du col de l'utérus permet de constater son intégrité; le vagin ne présente aucun délabrement; le toucher vaginal démontre que les culs de sac sont souples; il n'existe ni métrite, ni tendance à la périmétrite; les annexes ne sont pas senties; quant à la vulve, elle ne présente aucune lésion.

Les lochies sont normales, non fétides.

Néanmoins ces lochies, prélevées au niveau du col et soumises à l'examen bactériologique, contiennent du streptocoque mais en petite quantité.

Malgré la fièvre qui atteint, le soir du même jour, 40°, 5 et malgré l'éruption qui, en quelques heures, s'est propagée dans une zone plus étendue sur la face interne des cuisses et sur l'hypogastre, la malade présente un état général passable; à peine abattue, elle ne se plaint pas.

Le lendemain, 8 octobre, l'érythème a envahi les fosses iliaques, la région ombilicale et les flancs; de la face interne des cuisses, il a envahi leur face antérieure et descend jusqu'au niveau des genoux. Sur la poitrine, l'éruption est également appréciable; elle a un maximum au voisinage des aisselles et de là elle a tendance à envahir la région sternale. Néanmoins, elle est ici moins accusée que sur le ventre.

Le cou et la face sont absolument respectés, de même que les membres supérieurs, les membres inférieurs à partir des genoux et toute la région du tronc intermédiaire entre la partie moyenne du sternum et l'ombilic.

La dysphagie n'existe plus; la rougeur des piliers et du voile du palais s'atténue.

Les amygdales restent normales.

La langue présente le même aspect. Rien de nouveau du côté des divers appareils, en général, ou du côté de l'appareil génital, en particulier.

Les lochies restent normales.

Les urines émises en quantité normale ne contiennent toujours pas trace d'albumine.

Le pouls est à 115, égal, régulier.

La température atteint, le matin, 38°, 5 et, le soir, monte comme la veille à 40°, 5.

9 octobre. L'éruption s'étend un peu du côté de l'épigastre et des hypocondres, mais elle y est plus pâle qu'aux autres régions et le pointillé rouge y est moins net.

A l'hypogastre des éléments miliaires sont surajoutés à l'éruption; ils sont constitués par de petites vésicules grosses comme des têtes d'épingles, contenant un liquide transparent.

La face, le cou, les membres supérieurs et les membres inférieurs à partir des genoux sont respectés.

L'exanthème pharyngé a disparu complètement.

Il n'y a plus aucune dysphagie.

Lochies toujours d'apparence normale.

L'utérus revient normalement sur lui-même.

La malade ne souffre pas et présente un état général satisfaisant.

Le pouls est à 115.

La température du matin est de 39°, 2, celle du soir atteint 40°, 5.

10 octobre. L'éruption a pâli sur l'abdomen et les cuisses, tandis que l'éruption miliaire a augmenté et s'est étendue aux fosses iliaques, aux flancs et un peu autour de l'ombilic.

Au niveau de l'hypogastre, des fosses iliaques, et de la face interne des cuisses, (régions primitivement envahies), apparaît une desquamation par très petites squames presque furfuracées.

Même état général.

Les urines ne sont toujours pas albumineuses.

Le pouls se maintient aux environs de 110, égal, régulier.

Température du matin 38°, 6, du soir 39°, 5.

11 octobre. L'éruption continue à pâlir dans toutes les régions qu'elle intéressait; la desquamation, quoique prédominant au bas ventre et aux cuisses, est également appréciable sur la poitrine et au pourtour de l'ombilic; desquamation presque furfuracée, tant les squames sont petites. La température est le matin de 38°, le soir, elle atteint 39°.

L'involution utérine s'effectue toujours normalement. Les lochies ne sont pas modifiées comme aspect.

Les urines sont normales.

L'état général est satisfaisant.

12 octobre. Dans la nuit du 11 au 12 octobre la malade a éprouvé, au niveau des articulations des poignets et des articulations métacarpo-phalangiennes, des douleurs assez vives pour la priver de sommeil. Au niveau de l'articulation radio-carpienne gauche, on note un léger gonflement sans changement de coloration des téguments.

La douleur persiste même au repos et est exaspérée par les mouvements qu'elle entrave de ce fait.

L'éruption continue à pâlir, la miliaire a disparu. La desquamation progresse avec les caractères mentionnés plus haut.

La température atteint le matin 38°, 2 et, le soir, 38°, 7.

13 octobre. Des enveloppements au salicylate de méthyle ont soulagé les douleurs articulaires des poignets et des mains.

Le gonflement du poignet gauche n'existe plus, l'éruption a disparu; partout où elle existait, la desquamation continue avec les mêmes caractères.

Bon état général;

Température 38°, 4 le matin, 38°, 2 le soir.

14 octobre. Depuis la veille au soir, les articulations des poignets et des mains ne sont plus douloureuses.

La desquamation persiste.

Température 37°, 8 le matin, 38°, 2 le soir.

Pouls à 83. Urines normales.

Du 14 au 20 octobre la température décroît jusqu'à la température normale.

La desquamation diminue, elle n'a intéressé que les régions où siégeait l'éruption.

L'état général est bon.

Rien d'anormal du côté des organes génitaux.

L'involution utérine a continué à se faire normalement. L'état général est bon.

Le 21 octobre, la desquamation n'existe plus, la température est normale; la malade quitte l'hôpital en état de sortie.

OBSERVATION II. M^{me} X... primipare, 24 ans.

Entrée à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, le 18 septembre 1906.
Accouchée et délivrée en ville.

Enfant mort, non macéré.

L'examen de l'appareil génital révèle :

Du côté du périnée : une large déchirure périnéale n'intéressant pas le rectum ;

Du côté du vagin, en dehors de la déchirure périnéale, le vagin paraît normal, pas de plaie, pas d'ulcérations ;

Du côté du col, on note une déchirure siégeant à la commissure gauche.

Le périnée est réparé immédiatement aux crins et à la soie, après nettoyage complet de la vulve et du vagin — Pansement vulvaire.

Température :

Le 18 au soir 37°, 8.

Le 19 au matin 36°, 7. *Le 19 au soir* 37° 7

Le 20 au matin 37°, 6. *Le 20 au soir* 38°.

Le 20, c'est-à-dire 3 jours après l'accouchement, les lochies deviennent abondantes et légèrement fétides.

L'examen bactériologique dénote la présence du streptocoque.

A l'examen, la plaie périnéale paraît en bon état, mais on note, sur la paroi abdominale, une éruption scarlatiniforme qui, partant du pourtour de la vulve, s'étend sur la face interne des cuisses et remonte sur le tronc jusqu'au voisinage de la région sterno-costale.

Cet érythème présente, sur fond rouge qui s'efface momentanément à la pression, un pointillé plus foncé.

On élimine l'idée d'une éruption médicamenteuse, car on n'a employé aucun antiseptique.

L'état général est bon ; la malade ne se plaint de rien.

La gorge est normale ; aucune rougeur des amygdales, ni du voile du palais.

Pas de dysphagie, pas d'adénopathie sous-maxillaire.

La langue légèrement saburrale n'est ni rouge ni décapillée.

Il s'agit bien d'une éruption scarlatiniforme sans aucune participation bucco-pharyngée.

L'utérus paraît de volume normal ; son involution s'est effectuée normalement.

La déchirure du col est recouverte d'une légère membrane grisâtre.

La suture périnéale menace de s'infecter et quelques crins commencent à couper les téguents.

Le pouls est à 90.

Urines normales, non albumineuses.

Rien du côté des divers appareils.

La femme n'éprouve aucun malaise.

Elle n'a pas eu de frisson.

Le 21 septembre au matin, l'éruption a gagné les cuisses jusqu'aux genoux et remonte sur le thorax.

Les lochies sont toujours abondantes et un peu fétides.

Température du matin 38°, 5. Pouls 120.

Température du soir 37°, 8. Pouls 115.

Le 22, l'éruption, généralisée à la face antérieure du thorax et à l'abdomen, s'arrête au cou.

La face, le cou, les membres supérieurs et les membres inférieurs à partir des genoux sont indemnes.

Température : le matin, 37°, 8 ; Pouls 100 ; le soir, 37°, 6 ; Pouls 100.

Le 23. Légère desquamation furfuracée commençant à apparaître au niveau du pourtour de la vulve et du pubis.

Température : le matin, 37°, 5 ; le soir, 37°, 2.

Le 24. L'éruption, presque disparue, a fait place à une desquamation fine, généralisée aux parties atteintes par l'éruption.

Les lochies continuent à être abondantes comme les jours précédents.

La suture périnéale, malgré les soins pris, s'est légèrement infectée et quelques crins ont lâché, ce qui explique la température.

Température : matin, 37°, 2 ; le soir, 37°, 8.

Les jours suivants. Pendant deux jours il reste des traces de la desquamation qui finit par disparaître complètement.

Les lochies diminuent et ne sont plus fétides.

La déchirure du col va bien, l'utérus est complètement revenu sur lui-même.

La température se maintient à 37° et au dessous, pendant les jours qui suivent.

Les urines sont normales.

OBSERVATION III. — M^{me} E... 23 ans. Primipare.

Entre le 37 octobre 1906 à la Maternité de Boucicaut.

Membranes rompues depuis quelques heures.

Accouchement spontané d'un enfant de 8 mois, délivrance naturelle.

Les urines sont normales.

La température est à 37°, 3 avant l'accouchement.

Le 28. Température : le matin, 38° ; le soir, 37°, 3.

Lochies normales.

Le 29. La malade se sent moins bien : maux de tête, courbature, et l'on remarque au devant de l'abdomen et sur la face interne des cuisses de larges plaques rouges, presque confluentes avec un piqueté plus foncé.

A l'examen :

Inspection. — L'éruption est localisée aux régions indiquées. On ne la retrouve ni à la face, ni aux extrémités. La gorge est normale.

Ni rougeur, ni exsudat sur les amygdales.

A peine la langue est-elle un peu rouge sur les bords.

La malade ne se plaint d'aucune dysphagie, ni de sécheresse de la gorge.

Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas pris.

La Palpation du ventre montre que l'utérus a son volume normal.

Les lochies sont d'odeur et d'apparence normales.

Le périnée et le vagin sont intacts.

Le col a son aspect habituel, légèrement fissuré au niveau des commissures.

On n'y reconnaît aucune pseudo-membrane, aucune ulcération suspecte.

On fait un lavage vaginal simple.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 29. Température : le matin, 37° ; Pouls 90 ; le soir, 37°, 5.

Le 30. Même état.

L'éruption confluyente, nettement scarlatiniforme, s'est un peu étendue sur les cuisses et sur le thorax.

On ne note rien de nouveau du côté utérin.

Température : le matin, 38° ; le soir, 38°, 2 ; Pouls 120.

Le 31. L'éruption pâlit ; de légères squames grosses comme une tête d'épingle apparaissent aux points primitivement envahis.

Température : le matin, 37°, 2 ; le soir, 37°, 3 ; Pouls 100.

Le 1^{er} novembre. L'éruption a à peu près disparu. Il ne reste qu'une desquamation discrète, très fine, véritable poussière qui se détache par le frottement de la main. Pendant toute cette période, on n'a rien fait comme traitement local que des toilettes.

Les urines sont restées normales.

L'utérus a régressé normalement.

Les jours qui suivent. La température ne dépasse pas 37°, 5.

La malade continue à aller bien, l'utérus n'est plus palpable au-dessus du pubis au 11^e jour et la malade peut sortir le 14^e jour.

Essayons maintenant d'analyser ces trois observations personnelles d'érythème scarlatiniforme, et voyons si elles répondent aux descriptions classiques et par quels points elles en diffèrent.

ÉTIOLOGIE

Nous ne nous attarderons que peu à cette question. Il ne fait de doute pour personne que ce sont des érythèmes infectieux (qu'il s'agisse ou non de scarlatine vraie). L'élévation thermique légère ou grande, les quelques phénomènes généraux qui ont marqué le début, sont des marques de l'infection.

Il nous paraît, comme le dit Bergé, que c'est le streptocoque qui est en cause agissant par ses toxines. Quant à la porte d'entrée, la coexistence de l'éruption avec la plaie génitale et la localisation d'abord autour de la vulve nous portent à penser que, dans la très grande majorité des cas, c'est par là que se fait l'infection.

L'examen des lochies, fait dans les trois cas au laboratoire central après prélèvement direct fait au niveau du col, a montré deux fois seulement la présence du streptocoque (Observations I et II).

Mais on sait que cette constatation n'a qu'une valeur relative, puisque souvent on retrouve le streptocoque dans des lochies d'apparence normale et que, d'autre part, des infections puerpérales graves peuvent se développer, alors que, localement, l'examen ne révèle pas de lésions cliniquement appréciables et qu'une zone très petite où siègent les germes pathogènes peut être le point de départ d'une infection des plus redoutables.

SYMPTOMES

A. *Invasion*. — L'invasion s'est faite du 3^e au 5^e jour après l'accouchement; elle est courte mais, contrairement à l'opinion plusieurs

fois émise, la gravité de l'infection n'a pas paru être en rapport avec le début plus ou moins rapide de l'éruption.

Ainsi, dans l'observation I où les phénomènes ont été le plus intenses, le début n'a eu lieu que le 4^e jour au lieu que, dans l'observation III où la marche a été presque apyrétique, le début a eu lieu le lendemain même de l'accouchement.

Les phénomènes généraux du début ont été relativement minimes. Le frisson décrit par Lesage a fait défaut dans les trois cas. A peine note-t-on, dans les observations I et III, un peu de courbature et de céphalée. Le catarrhe oculo-nasal dont ont parlé certains auteurs, n'existe pas non plus.

La température qui dans l'observation I a atteint à cette période 40°, 5, est aux environs de 38° dans les cas II et III.

De même que les auteurs précédents, nous avons noté l'absence d'adénopathie et de mal de gorge, sauf dans l'observation I où il s'est agi d'une légère rougeur du pharynx, mais avec une langue saburrale et sans participation de l'amygdale.

B. *Période d'éruption.* — Elle a suivi de très près et presque coïncidé, dans les trois cas, avec la période d'invasion. La localisation de l'éruption limitée au tronc et aux cuisses a bien été celle qui est relatée déjà.

C. *Période de desquamation.* — La desquamation s'est faite non par larges plaques, ainsi qu'on le note dans des observations antérieures, mais par fines squames dans les 3 cas.

Dans les 3 cas aussi l'évolution a été courte; en 4 jours tout a été fini, et si dans le cas I il y a eu des phénomènes thermiques évoluant autour de 40°, dans les autres, au contraire, l'évolution a été presque apyrétique.

Le diagnostic de ces trois cas n'a pas porté à confusion. Il ne pouvait s'agir d'éruptions médicamenteuses, car on ne fit ingérer à la malade aucun médicament, et l'on ne fit usage ni d'iodoforme, ni de sublimé, ni d'aucune autre substance susceptible de donner lieu à une éruption.

RELATIONS AVEC LA SCARLATINE

De nombreux cas de scarlatine vraie évoluant chez les nouvelles accouchées ont été signalés.

Tissier en 1898, à la Société obstétricale de France, relate encore un cas typique de ce genre. Il n'y a là rien qui puisse surprendre.

Mais si, au point de vue étiologique, on est obligé de rester dans le domaine des hypothèses, au point de vue clinique, au contraire, il nous a semblé que les trois cas que nous avons observés (même l'observation I qui par plus d'un point se rapproche de la scarlatine amygdalienne) avaient un tableau symptomatique nettement différent de celui de la scarlatine ordinaire.

Les trois cas, en effet, ont différé de la scarlatine ordinaire par les points suivants :

L'invasion a été beaucoup moins bruyante.

Les phénomènes généraux (céphalée, courbature) sont peu marqués.

La température dans les cas II et III ne dépasse pas 38°.

Les phénomènes bucco-pharyngés que nous relevons dans l'observation I, sont légers et il n'y a pas d'adénopathie.

La limitation de l'éruption autour des parties génitales, la forme de la desquamation dans les 3 cas, l'absence presque complète de température dans les observations II et III nous éloignent, ainsi que l'évolution générale, de la scarlatine vraie.

RAPPORTS AVEC L'INFECTION PUERPÉRALE

Sur ce point nous voudrions nous attarder un peu plus pour montrer combien, dans les trois cas que nous avons observés, les symptômes d'infection puerpérale proprement dite étaient minimes

aussi bien localement que généralement, pendant qu'évoluaient chez nos malades ces éruptions scarlatiniformes.

Evidemment, il y a bien infection puerpérale en ce sens que ces érythèmes sont expliqués par une infection portant sur les voies génitales à la suite de l'accouchement. Mais, en dehors de l'éruption et des phénomènes qui ont marqué les périodes d'invasion, d'état et de décroissance, le tableau clinique a été à peu près nul.

Au point de vue local les désordres qui sont l'indice habituel de la fièvre puerpérale, ont fait presque complètement défaut.

Dans les observations I et III les lochies sont d'apparence normale, non fétides, l'utérus n'est pas douloureux à la palpation, sa régression se fait régulièrement, l'examen du vagin et du col ne révèle rien de particulier, et si dans l'observation I nous retrouvons le streptocoque dans les lochies, il ne faut pas oublier que cette constatation, par sa fréquence dans les lochies cliniquement normales, ne prouve pas un degré d'infection bien accusé.

Dans l'observation II il y a, il est vrai, une plaie périnéale, une ulcération du col, des lochies fétides, des streptocoques dans les lochies, mais tout se borne là ; l'infection est légère, le corps utérin n'y participe pas, car la régression de l'utérus est normale ; le palper non douloureux, les phénomènes généraux presque nuls.

Enfin, fait important, aucune complication locale : périmérite, pelvipéritonite, phlébite, n'a été observée dans les trois cas.

Au point de vue général tout semble s'être subordonné à l'évolution de l'éruption.

L'ascension de la température se fait dans les 3 cas au moment de la période d'invasion.

La fièvre subsiste pendant la période d'éruption mais, aussitôt que la desquamation apparaît, la fièvre tombe.

Le frisson, si commun dans les formes généralisées d'infection puerpérale, manque dans les trois cas que nous avons observés.

Donc, quand l'éruption est finie, la fièvre puerpérale ne conti-

nue pas, ce qui devrait être si l'on considérait ces érythèmes comme des incidents ou des complications au cours d'infections puerpérales généralisées.

Par conséquent, les trois cas d'érythème scarlatiniforme que nous avons observés ont été bénins. Les phénomènes septiques du côté de l'utérus ont été nuls ou minimes. Les phénomènes septiques généraux ont été représentés seulement par l'érythème infectieux.

Quant aux phénomènes articulaires que nous avons notés dans l'observation I, ils sont bien l'indice d'une infection généralisée, mais leur apparition à la fin de la période d'éruption, et ce fait que la température a continué à baisser malgré eux, portent à croire qu'ils ne sont qu'un épiphénomène de cette éruption qui a dominé tout le tableau clinique.

Nous sommes loin par conséquent des formes généralisées septicémiques de la fièvre puerpérale, avec son hyperthermie persistante, son état général grave ; contraste d'autant plus à noter, qu'on s'accorde à considérer les infections streptococciques comme plus graves que les autres.

Nous devons ajouter que, chaque fois que nous avons observé une forme grave d'infection puerpérale, jamais nous n'avons vu pendant son cours apparaître d'éruption.

S'agit-il d'une forme spéciale de streptocoque érythémogène ?

Est-ce une variété identique à celle de la scarlatine amygdalienne que Bergé considère comme virulente ? Et pourquoi alors ne produit-elle pas de désordres pelviens locaux ?

Est-ce défaut d'association microbienne ?

Autant de questions que nous posons sans pouvoir les résoudre.

PRONOSTIC

Le pronostic de ces érythèmes scarlatiniformes nous a paru bénin, leur durée courte. Les complications rénales sont absentes, ainsi que de nombreux auteurs l'ont antérieurement remarqué. Malheureusement les cas que nous avons observés sont trop peu nombreux pour généraliser.

TRAITEMENT

En présence de ces éruptions scarlatiniformes survenant dans les suites de couches, quelle sera la conduite à suivre ?

Au point de vue local comme au point de vue général, le traitement sera le même que dans les autres accidents infectieux.

Mais n'est-il pas possible, en prévision de ces accidents et des érythèmes scarlatiniformes en particulier, d'instituer un traitement prophylactique ?

Chaque fois qu'on aura quelque raison de douter de l'asepsie rigoureuse qui a présidé à l'accouchement, on pourra faire une injection préventive de 40^{ème} de sérum antistreptococcique.

Dans le service de M. le professeur Pinard, ces injections prophylactiques de sérum ont donné les meilleurs résultats et les quelques cas d'érythème morbillieux qu'elles provoquent parfois sont sans gravité.

CONCLUSIONS

L'Étude des observations récentes et des cas personnels que nous avons eus sous les yeux, nous amènent à formuler les idées suivantes que nous nous garderons bien de considérer comme des conclusions définitives.

I. — Au point de vue étiologique, nous pensons avec beaucoup d'autres auteurs que les érythèmes scarlatiniformes sont des érythèmes infectieux, probablement streptococciques à point de départ utérin.

II. — Ces érythèmes scarlatiniformes diffèrent notablement comme tableau clinique de la scarlatine. On ne peut nier cependant la possibilité d'apparition d'une scarlatine vraie, amygdalienne chez une nouvelle accouchée; et en cela nous ne faisons que répéter l'opinion de nos devanciers.

III. — Souvent la lésion locale, la porte d'entrée génitale est très minime et passe cliniquement inaperçue, les lochies sont normales, l'involution utérine se fait régulièrement.

IV. — Si ces érythèmes sont évidemment liés à une infection d'origine genito-utérine, ils représentent souvent à eux seuls le tableau de l'infection puerpérale dans une de ses modalités mitigées, au lieu d'être un incident au cours d'une infection puerpé-

rale. Les phénomènes généraux, la température en particulier, marchent de pair, apparaissent et disparaissent avec eux.

Les phénomènes septiques utéro-vaginaux sont fréquemment nuls ou minimes.

V. — Le pronostic de ces érythèmes scarlatiniformes nous a paru bénin, leur durée courte, les complications rénales généralement absentes.

VU : *Le Président de la Thèse,*
PINARD.

VU : *Le Doyen,*
M. DEBOVE.

VU et PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- HAMILTON. *Tractatus de febre miliare*.
HECQUET. *Médecine et Pharmacie des pauvres* (tome I, ch. 2-64).
LUDWIG. *Institutiones medicae clinicae*, 1788.
MALFATTI. *Hufelands journal*, XII vol., p. 126.
SENN. *Thèse de Paris*, 1825.
DANCE. *Archives de Médecine*, 1830.
HELM. *Maladies puerpérales*, 1840.
RETZIUS. *Hygiea*, vol. 23, p. 187.
GUÉNIOT. *De la scarlatine puerpérale* (Thèse de Paris, 1862).
SIEFFERMANN. *Epidémie de fièvre puerpérale* (Thèse de Strasbourg, 1862).
ALMERAS. *Des rashes confondus avec la scarlatine* (Thèse de Paris, 1862).
BROWN. *British medical journal*, 1862.
DENHAM. *Dublin quaterly journal*, 1862.
CHARPENTIER. *Des accidents fébriles chez les nouvelles accouchées* (Thèse de Paris, 1862.)
HALAHAN. *Quaterly journal of medical society*, 1862.
Proceedings of Edinburgh obstetrical society, in *Edinburgh medical journal*, Juin 1862.
JULES SIMON. *Des maladies puerpérales* (Thèse d'agrégation, 1866).
C. PAUL. *De l'antagonisme en pathologie et en thérapeutique* (Thèse d'agrégation, 1866.)
MAC CLINTOCK. *Dublin Quaterly Journal of méd. Soc*, 1866.
HERVIEUX. *Union médicale*, 1867.
HALL-CURTIS. *Cases of scarlatina*. *British medical Journal*, 1867.
LEMAIRE. *Scarlatine régulière* (Thèse de Paris, 1867).
VERNEUIL. *Eruptions septicémiques* (*Gazette hebdomadaire*, 1868).
KOCK. *Diss. Gressen*, 1868.
THIERRY. *Epidémie de fièvre puerpérale* (Thèse de Paris, 1868).
ROQUE. *Fièvre puerpérale* (Thèse de Paris, 1868).
PRIOS. *Contribution à l'étude de la scarlatine* (*The lancet*, 1869).
DUPUY. *Diagnostic de la scarlatine et des éruptions scarlatiniformes*, (Thèse de Strasbourg, 1869).
DUFAY. *Epidémie de scarlatine à Londres* (*Union médicale*).
EUG. MARTIN. *Epidémie de fièvre puerpérale* (Thèse de Paris 1869).
HERVIEUX. *Traité des maladies puerpérales*, 1870.

- BESNIER. *Bulletin de la société médicale des hôpitaux*, 1870.
- DECHAMBRE. Des fausses scarlatines (*Gazette hebdomadaire*, 1870).
- LARCHIER. Histoire de la scarlatine. (*Union médicale*, 1870).
- MAC SWINEY. Report of cases of scarlatina (*Dublin quaterly journal*, 1870).
- BRAXTON HICKS. *Transactions of the obstetrical society of London*, 1871.
- CORNILLON. *Des accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral* (Thèse de Paris, 1872).
- QUINQUAUD. *Essai de puerpérisme infectieux* (Thèse de Paris, 1872).
- D'ESPINE. Septicémie puerpérale (*Archives de médecine*, 1872).
- BLAIN. *Des éliminations critiques dans les affections puerpérales* (Thèse de Paris, 1873).
- THOMAS. *Scarlatine puerpérale* Zemmsen, 1873.
- DERREARAGAIX. *Erythème scarlatiniforme rhumatismal* (Thèse de Paris, 1874).
- SIMPSON. *Clinique obstétricale et gynécologique*, 1874.
- PICAUD. *Eruptions cutanées consécutives aux lésions traumatiques* (Thèse de Paris, 1875).
- Société obstétricale de Londres. Discussion sur les rapports existant entre la fièvre puerpérale d'une part et les maladies infectieuses et la pyohémie d'autre part: SPENCER WELLS, LEISMANN, NEWMANN, RICHARDSON, BRAXTON HICKS, HUTCHINSON, 1875.
- LIEBMANN. *Archives de gynécologie*, Berlin, 1876.
- TREMBLAY JULES. *Erythème desquamatif scarlatiniforme* (Thèse de Paris, 1876).
- MILLIER. *Obstetrical journal*, n° 37, 1876.
- PUECH. Scarlatine puerpérale (*Annales de gynécologie*: 1876).
- GRINSHAW. *Dublin journal of med. soc.*, 1876.
- PRESTLEY. Fièvre puerpérale (*Brit. med. Journal*, 1876).
- VIOLET. *Fièvre puerpérale à Saint-Antoine* (Thèse de Paris, 1876).
- SUTHERLAND. *Cas de scarlatine puerpérale* (*Edimbourg med. journal*, nov., 1876).
- RODMAN. *Medical Record. New-York*; 1876.
- BODE. *Septicémie puerpérale* (Thèse de Paris, 1877).
- OESHAUSEN. Analysé par Porak. (*Revue d'Hayem*, 1877).
- PAGET, *Leçons cliniques*, (1877).
- LESAGE. *Scarlatine des femmes en couches* (Thèse de Paris, 1877).
- BUSSY. *Exanthème scarlatiniforme* (Thèse de Paris, 1877).
- AULAS. *Eruptions septicémiques* (Thèse de Paris, 1878).
- VRAIN. *Exanthèmes provoqués pendant la grossesse* (Thèse de Paris, 1878).
- DRUMEZ. *Formes miliaires ou atténuées de quelques fièvres éruptives* (Thèse de Paris, 1878).
- TRELAT. *Progrès médical*, 1878.
- CHEVANCE. *Des accidents puerpéraux à Beaujon* (Thèse de Paris, 1878).
- DUNOYER. *Influence des maladies intercurrentes sur les traumatismes* (Thèse de Paris, 1879).
- CHEADLE. Parallèle des rashes et de la scarlatine (*British med. journal*, 1879).
- KAPOSI. Scarlatine puerpérale (*Haut Krankheiten*, 1879).
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1879.
- FOLLIOU. Septicémie et scarlatine (*Brit. med. Journal*, 1879).
- RAYMOND. *De la puerpéralité* (Thèse d'agrégation, 1880).
- DOLERIS. *De la fièvre puerpérale* (Thèse de Paris, 1880).
- PERRET. *De la septicémie* (Thèse d'agrégation, 1880).
- SANNE. Article scarlatine du *Dictionnaire Dechambre*, 1880.

- LEGENDRE. *De la scarlatine puerpérale* (Thèse de Paris, 1881).
TROCQUART. *Bulletin de médecine de Bordeaux*, 1883.
FISSER. *Scarlatina in puerperio*, Emden, 1887.
PALMER. *Cincinnati Lancet Clinic*, 1887.
RENVERS. *Zeitschrift für gesanemte medicin*, 1890.
DURAND. *De la scarlatine puerpérale* (Thèse de Paris, 1890).
BERGÉ. *Pathogénie de la scarlatine* (Thèse de Paris, 1895).
PERDRIAT. *Erythèmes scarlatiniformes* (Thèse de Paris 1896).
-

